

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-812967

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09185 Société : 186855

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAAIDIA SADOUK

Date de naissance : 03/10/1956

Adresse : SEPT BAHILAL PHARMACE SIDI BENMOUR

Tél. : 0600851870

Total des frais engagés : 2000 + 200 + 57,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2023

Nom et prénom du malade : SADOUK SADOUK Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 6/6

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 12/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/12/23	57.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	04/12/23					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Opticien Optométriste

26 Bd Eddakhla cité Pam

Sidi Bennoure

GSM: 06 77 79 30 42



بصرياتي - اختصاصي في تركيب النظارات اللاصقة

رقم 26 شارع الداخلة حي البام

سيدي بنور

المحمول : 06 77 79 30 42

ICE: 001150129000097

IMPE: 065048183

RC: 5816

IF: 64801604

Facture 00121003

Sidi Bennoure, le 04/12/2023

Monsieur

Nom: SAADOUK - SAADIA

N° DE NOMENCLATURE
CORRESPONDANT
A LA PRESCRIPTION

Vue gauche

Loïn :

O.D. : -0.90 - 85° +2
O.G. : -0.40 - 120° +2.25

D.F. :

O.D. :

Vue correction
Progrès

Près :

O.D. : -0.01 - 3° +1°
O.G. : -0.01 - 130° +1°

FOURNITURE

Monture

Optique (Or)

700. DH

Verres

Progrès original
ANTI REFLET

1300. DH

Payer espère

Total T.T.C. :

2000. DH

Arrêtée la présente facture à la somme :

Deux mille

Signature & Cachet :

[Signature]

OPTIQUE ZAKARIA
26 boulevard eddakhla
161-0677 793042 ICE 001150129000097
RC 5816 IF 64801604

Dr . Naima Abdeddaim

Spécialiste maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de Médecine de Besancon FRANCE

Ex. attachée des hopitaux de Franc

6,Bd. des Far - sidi Bennour

Tél: 06 97 03 24 76



الدكتورة نعيمة عبد الدائم

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب ببيزنسبون - فرنسا

ملحقة سابقة بمستشفيات فرنسا

6، شارع الجيش الملكي - سيدي بنور

الهاتف : 06 97 03 24 76

سيدي بنور، le : 06.12.83

SADEK Radio.

L. Laulès p.m.tin

par p.m.tin

$+ 2,00 (85, - 0,25)$

$+ 2,25 (125, - 0,50)$

$Aold + 3,25$

Dr NAIMA ABDEDDAIM
OPHTALMOLOGISTE
6 Bd des FAR - SIDI BENNOUR
Tél : 06 97 03 24 76

Dr. Naima Abdeddaim

Spécialiste maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de Médecine de Besançon FRANCE

Ex. attachée des hopitaux de Franc

6, Bd. des Far - sidi Bennour

Tél: 06 97 03 24 76



الدكتورة نعيمة عبد الدائم

أخصائية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب ببيزنسون - فرنسا

ملحقة سابقا بمستشفيات فرنسا

6. شارع الجيش الملكي - سيدي بنور

الهاتف : 06 97 03 24 76

سيدي بنور، في : ٢٤ ١٢ ٢٠٠٣

SADOUK - Sadiq



el-bennour

3x11



afacal (3 fl.)

3x11

الدكتورة نعيمة عبد الدائم
OPHTHALMOLOGIE
6 Bd des FAR - SIDI BENNOUR
Tél: 06 97 03 24 76



CATACOL® 0,1 POUR CENT, collyre
Inosine phosphate disodique dihydraté
Flacon de 10 ml

• Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint des opacifications du cristallin.

Ne conduisez pas de véhicules et n'utilisez pas de machines avant que cet effet ait disparu.

La dernière date à laquelle
révisée : Septembre 2019

cette notice a été

CATACOL® 0,1 %
Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 35/19/DMP/2/1NRQDNM



6 118000 021728

Notice : Informations de l'utilisateur

CATACOL® 0,1 POUR CENT, collyre
Inosine phosphate disodique dihydraté
Flacon de 10 ml

Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

Vous devez toujours utiliser ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin ou votre pharmacien.

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Adressez-vous à votre pharmacien pour tout conseil ou information.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.
- Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. QU'EST-CE QUE CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
3. COMMENT UTILISER CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?
5. COMMENT CONSERVER CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre ?
6. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES.

1. QU'EST-CE QUE CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Classe pharmacothérapeutique : autres médicaments ophtalmologiques - Code ATC : S01XA10
Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint des opacifications du cristallin.

2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre ?

N'utilisez jamais CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre :
• si vous êtes allergique à l'inosine phosphate disodique dihydraté ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament, mentionnés dans la rubrique 6.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Avertissements et précautions

Ce médicament est réservé à l'adulte.

Ne pas injecter, ne pas avaler.

En cas d'aggravation des symptômes : **CONSULTEZ VOTRE MEDECIN.**

En cas de traitement concomitant par un autre collyre, espacer de 5 minutes les instillations.

Adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien avant d'utiliser CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre.

Autres médicaments et CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre

Aucune interaction cliniquement significative n'a été décrite.

Informez votre médecin ou pharmacien si vous utilisez, avez récemment utilisé ou pourriez utiliser tout autre médicament.

Grossesse et allaitement

Si vous êtes enceinte ou que vous allaitez, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

Grossesse

Il est préférable que vous évitiez d'utiliser ce médicament pendant la grossesse.

Allaitement

On ne sait pas si CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre passe dans le lait maternel, ce médicament n'est donc pas à utiliser au cours de l'allaitement.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

Comme avec tout collyre, l'instillation de CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre peut provoquer des troubles visuels transitoires.

Ne conduisez pas de véhicules et n'utilisez pas de machines avant que cet effet ait disparu.

3. COMMENT UTILISER CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre ?

Veillez à toujours utiliser ce médicament exactement les indications de votre médecin ou votre pharmacien. Vérifiez auprès de votre pharmacien en cas de doute.

Posologie

La dose recommandée est de : 4 fois par jour, 1 fois le matin, 1 fois le soir.

Population pédiatrique

Aucune donnée n'est disponible.

Mode et voie d'administration

Ne pas avaler, ne pas injecter. Usage oculaire.

Se laver soigneusement les mains avant de procéder à l'instillation. Eviter de toucher l'œil avec l'embout compte-gouttes.

Instiller la solution dans l'œil en regardant vers le bas et en tirant légèrement la paupière inférieure.

bas. L'œil fermé, essuyer proprement le visage.

Refermer le flacon après utilisation.

Durée du traitement

Se conformer à l'avis de votre médecin.

Si vous avez utilisé plus de CATACOL 0,1 POUR CENT, collyre que vous n'auriez dû

Aucun effet toxique n'est à prévoir.

En cas de surdosage, rincer au sérum physiologique.